Cinco lições de psicanálise

VOLUME XI

(1910[1909])

PREFÁCIO PARA AS CINCO LIÇÕES DE PSICANÁLISE DE DURVAL MARCONDES

As lições que se seguem foram pronunciadas em língua alemã por Freud, em 1909, na "Clark University" em Worcester (Estados Unidos), por ocasião do vigésimo aniversário dessa instituição, e a convite de seu presidente, o eminente psicólogo Stanley Hall. Elas constituem a primeira exposição sistemática que Freud fez de sua teoria e, embora não envolvam as aquisições mais recentes da psicanálise, são, a meu ver, a leitura mais apropriada para quem aborda pela primeira vez a obra do mestre.

A psicanálise estava longe de ter, naquela época, a importância e o renome que hoje desfruta. Se é exato que já em 1907 ela era estudada e utilizada pelo notável psiquiatra Bleuler e por seus assistentes, na clínica de Zurique; e que já em 1908 se reunia em Salisburgo o primeiro congresso psicanalítico internacional, nem por isso as novas idéias eram bem recebidas nas rodas científicas oficiais, onde as afirmações sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses esbarravam quase sempre com os preconceitos de uma falsa moral. Daí a alta significação para a jovem doutrina teve a sua consagração na cátedra de Worcester. "Na Europa, escreveu Freud, eu me sentia como um proscrito; ali me via acolhido pelos melhores como um igual. A psicanálise não era mais, portanto, uma concepção delirante, mas se tornara uma parte preciosa da realidade."

Freud nasceu em 6 de maio de 1856, em Freiberg, na Morávia, tendo passado aos quatro anos para Viena, onde fez seus estudos. Formou-se em Medicina em 1881. Ainda estudante, entrou, em 1876, a trabalhar no laboratório de fisiologia de Ernst Brücke, sob cuja direção efetuou pesquisas de histologia nervosa. Depois de formado, ingressou no serviço do grande psiquiatra Theodor Meynert, tendo-se dedicado, por essa época, a estudos de neuroanatomia. Antes de entregar-se definitivamente à investigação psicanalítica, publicou vários trabalhos sobre afecções orgânicas do sistema nervoso, tais como as afasias e as encefalopatias infantis. Entre 1885 e 1886 foi discípulo de Charcot, em Paris, e acompanhou, em 1889, em Nancy, as experiências de Bernheim sobre o hipnotismo. A influência de ambos nas concepções iniciais da teoria psicanalítica poderá ser bem

avaliada nestas “Cinco Lições”.

Essas concepções tiveram sua primeira expressão na nota prévia que Freud publicou em 1893 com o Dr. Breuer, intitulada “Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos”, a que se seguiu, em 1895, o livro, também em colaboração, “Estudos Sobre a Histeria.”

* * *

A vida de Freud tem sido toda ela uma luta incessante pela verdade. Exposto, pela sua coragem de afirmar, ao anátema das escolas psiquiátricas dominantes, preferiu suportar por muito tempo a dureza de um verdadeiro exílio intelectual a ceder naquilo que era o honesto resultado de sua investigação. Desde o começo de sua carreira profissional, o amor à certeza científica fê-lo prejudicar deliberadamente a clínica em início pela tenacidade em pesquisar em seus doentes o exato determinismo dos sintomas. Sua obra fundamenta-se na mais demorada e paciente observação dos fatos. Há cerca de quarenta anos que ele se dedica diariamente a oito, nove, dez, às vezes mesmo onze análises de uma hora cada uma, podendo-se, portanto, dizer que passou toda uma existência debruçado sobre a alma dos neuróticos. O impiedoso rigor para com as próprias convicções chegou, às vezes, ao ponto de fazê-lo adiar por vários anos a publicação de seus trabalhos até que a experiência ulterior proporcionasse a confirmação de suas descobertas. “Minha A Interpretação de Sonhos”, diz ele, “e meu Fragmento de uma Análise de um Caso de Histeria (o caso de Dora) foram retidos por mim - se não pelos nove anos aconselhados por Horácio - em todo caso por quatro ou cinco anos antes que me decidisse a publicá-los.”

Compreende-se, portanto, que quem adquiriu uma visão nova dos fatos à custa de tão penosos sacrifícios, se tenha recusado a mudar de idéia ante a pressão de uma crítica partidária, que se não baseia na verificação objetiva. Essa justificada intransigência de Freud foi, não obstante, tachada de dogmatismo, o que não impede, porém, que novos dados da observação direta e imparcial confirmem e completem cada vez mais as suas conclusões.

“Os homens são fortes enquanto representam uma idéia forte.” Em sua aureolada velhice, Freud assiste presentemente ao triunfo gradual e seguro de seus princípios, cujo enunciado já não constitui uma blasfêmia. Eles conquistam paulatinamente o lugar que lhes cabe na ciência dos fenômenos espirituais e se vão tornando aceitos pelos mais legítimos representantes da psiquiatria moderna. Existe, na verdade, quem insista em rejeitar as conseqüências teóricas da psicanálise sem lhe conhecer sequer os métodos. Mas aos poucos irão chegando os últimos retardatários. “Quem sabe esperar não necessita fazer concessões.”

São Paulo, novembro de 1931.

Durval Marcondes.

PRIMEIRA LIÇÃO

SENHORAS E SENHORES, - Constitui para mim sensação nova e embaraçosa apresentar-me como conferencista ante um auditório de estudiosos do Novo Mundo. Considerando que devo esta honra tão somente ao fato de estar meu nome ligado ao tema da psicanálise, será esse, por conseqüência, o assunto de que lhes falarei, tentando proporcionar-lhes, o mais sinteticamente possível, uma visão de conjunto da história inicial e do ulterior desenvolvimento desse novo processo semiológico e terapêutico.

Se algum mérito existe em ter dado vida à psicanálise, a mim não cabe, pois não participei de suas origens. Era ainda estudante e ocupava-me com os meus últimos exames, quando outro médico de Viena, o Dr. Joseph Breuer, empregou pela primeira vez esse método no tratamento de uma jovem histérica (1880-1882). Ocupemo-nos, pois, primeiramente, da história clínica e terapêutica desse caso, a qual se acha minuciosamente descrita nos Studies on Hysteria (Estudos Sobre a Histeria) [1895d] que mais tarde publicamos, o Dr. Breuer e eu.

Mas, preliminarmente, uma observação. Vim a saber, aliás com satisfação, que a maioria de meus ouvintes não pertence à classe médica. Não cuidem, porém, que seja necessária uma especial cultura médica para acompanhar minha exposição. Caminharemos por algum tempo ao lado dos médicos, mas logo deles nos apartaremos, para seguir, com o Dr. Breuer, uma rota absolutamente original.

A paciente do Dr. Breuer, uma jovem de 21 anos, de altos dotes intelectuais, manifestou, no decurso de sua doença, que durou mais de dois anos, uma série de perturbações físicas e psíquicas mais ou menos graves. Tinha uma paralisia espástica de ambas as extremidades do lado direito, com anestesia, sintoma que se estendia por vezes aos membros do lado oposto; perturbações dos movimentos oculares e várias alterações da visão; dificuldade em manter a cabeça erguida; tosse nervosa intensa; repugnância pelos alimentos e impossibilidade de beber durante várias semanas, apesar de uma sede martirizante; redução da faculdade de expressão verbal, que chegou a impedi-la de falar ou entender a língua materna; e, finalmente, estados de `absence‘ (ausência), de confusão, de delírio e de alteração total da personalidade, aos quais voltaremos mais adiante a nossa atenção.

Ao terem notícia de semelhante quadro mórbido, os senhores tenderão, mesmo não sendo médicos, a supor que se trate de uma doença grave, provavelmente do cérebro, com poucas esperanças de cura, e que levará rapidamente o enfermo a um desenlace fatal. Os médicos podem, entretanto, assegurar-lhes que, numa série de casos com fenômenos da mesma gravidade, justifica-

se outra opinião muito mais favorável. Quando tal quadro mórbido é encontrado em indivíduo jovem do sexo feminino, cujos órgãos vitais internos (coração, rins etc.) nada revelam de anormal ao exame objetivo, mas que sofreu no entanto violentos abalos emocionais, e quando, em certas minúcias, os sintomas se afastam do comum, já os médicos não consideram o caso tão grave. Afirmam que não se trata de uma afecção cerebral orgânica, mas desse enigmático estado que desde o tempo da medicina grega é denominado histeria e que pode simular todo um conjunto de graves perturbações. Nesses casos não consideram a vida ameaçada e até acham provável o restabelecimento completo. Nem sempre é fácil distinguir a histeria de uma grave doença orgânica. Não nos importa, porém, precisar aqui como se faz um diagnóstico diferencial desse gênero, bastando-nos a certeza de que o caso da paciente de Breuer era daqueles em que nenhum médico experimentado deixaria de fazer o diagnóstico de histeria. Podemos também acrescentar, consoante a história clínica, não só que a afecção lhe apareceu quando estava tratando do pai, que ela adorava e cuja grave doença havia de conduzi-lo à morte, como também que ela, por causa de seus próprios padecimentos, teve de abandonar a cabeceira do enfermo.

Até aqui nos tem sido vantajoso caminhar ao lado dos médicos mas breve os deixaremos. Não devem os senhores esperar que o diagnóstico de histeria, em substituição ao de afecção cerebral orgânica grave, possa melhorar consideravelmente para o doente a perspectiva de um auxílio médico. Se a medicina é o mais das vezes impotente em face das lesões cerebrais orgânicas, diante da histeria o médico não sabe, do mesmo modo, o que fazer, tendo de confiar à providencial natureza a maneira e a ocasião em que se há de cumprir seu esperançoso prognóstico.

Com o rótulo de histeria pouco se altera, portanto, a situação do doente, enquanto que para o médico tudo se modifica. Pode-se observar que este se comporta para com o histérico de modo completamente diverso que para com o que sofre de uma doença orgânica. Nega-se a conceder ao primeiro o mesmo interesse que dá ao segundo, pois não obstante as aparências, o mal daquele é muito menos grave. Mas acresce outra circunstância: o médico, que, por seus estudos, adquiriu tantos conhecimentos vedados aos leigos, pode formar uma idéia da etiologia das doenças e de suas lesões, como, por exemplo, nos casos de apoplexia ou de tumor cerebral, idéia que até certo ponto deve ser exata, pois lhe permite compreender os pormenores do quadro mórbido. Em face, porém, das particularidades dos fenômenos histéricos, todo o seu saber e todo o seu preparo em anatomia, fisiologia e patologia deixam-no desamparado. Não pode compreender a histeria, diante da qual se sente como um leigo, posição nada agradável a quem tenha em alta estima o próprio saber. Os histéricos ficam, assim, privados de sua simpatia. Ele os considera como transgressores das leis de

sua ciência, tal como os crentes consideram os hereges: julga-os capazes de todo mal, acusa-os de exagero e de simulação, e pune-os com lhes retirar seu interesse.

O Dr. Breuer não mereceu certamente essa censura com relação à sua paciente. Embora não pretendesse, no princípio, curá-la, não lhe negou, entretanto, interesse e simpatia, o que lhe foi provavelmente facilitado pelas elevadas qualidades de espírito e de caráter da jovem, das quais ele nos dá testemunho na história clínica que redigiu. Sua carinhosa observação proporcionou-lhe bem logo o caminho que lhe permitiu prestar à doente os primeiros auxílios.

Havia-se notado que nos estados de `absence‘ (alteração da personalidade acompanhada de confusão), costumava a doente murmurar algumas palavras que pareciam relacionar-se com aquilo que lhe ocupava o pensamento. O médico, que anotara essas palavras, colocou a moça numa espécie de hipnose e repetiu-as, para incitá-la a associar idéias. A paciente entrou, assim, a reproduzir diante do médico as criações psíquicas que a tinham dominado nos estados de `absence‘ e que se haviam traído naquelas palavras isoladas. Eram fantasias profundamente tristes, muitas vezes de poética beleza - devaneios, como podiam ser chamadas - que tomavam habitualmente como ponto de partida a situação de uma jovem à cabeceira do pai doente. Depois de relatar certo número dessas fantasias, sentia-se ela como que aliviada e reconduzida à vida normal. Esse bem-estar durava muitas horas e desaparecia no dia seguinte para dar lugar a nova `absence‘, que cessava do mesmo modo pela revelação das fantasias novamente formadas. É forçoso reconhecer que a alteração psíquica manifestada durante as `absences‘ era conseqüência da excitação proveniente dessas fantasias intensamente afetivas. A própria paciente, que nesse período da moléstia só falava e entendia inglês, deu a esse novo gênero de tratamento o nome de `talking cure’ (cura de conversação) qualificando-o também, por gracejo, de `chimney sweeping’ (limpeza da chaminé).

Verificou-se logo, como por acaso, que, limpando-se a mente por esse modo, era possível conseguir alguma coisa mais que o afastamento passageiro das repetidas perturbações psíquicas. Pode-se também fazer desaparecer sintomas quando, na hipnose, a doente recordava, com exteriorização afetiva, a ocasião e o motivo do aparecimento desses sintomas pela primeira vez. `Tinha havido, no verão, uma época de calor intenso e a paciente sofria de sede horrível, pois, sem que pudesse explicar a causa, viu-se, de repente, impossibilitada de beber. Tomava na mão o cobiçado copo de água, mas assim que o tocava com os lábios, repelia-o como hidrófoba. Nesses poucos segundos, ela se achava evidentemente em estado de absence. Para mitigar a sede que a martirizava, vivia somente de frutas, melões etc. Quando isso já durava perto de seis semanas, falou, certa vez, durante a hipnose, a respeito de sua “dama de companhia” inglesa, de quem não gostava, e contou então com demonstrações da maior repugnância que, tendo ido ao quarto dessa senhora, viu,

bebendo num copo, o seu cãozinho, um animal nojento. Nada disse, por polidez. Depois de exteriorizar energicamente a cólera retida, pediu de beber, bebeu sem embaraço grande quantidade de água e despertou da hipnose com o copo nos lábios. A perturbação desapareceu definitivamente.

Permitam-me que os detenha alguns momentos ante esta experiência. Ninguém, até então, havia removido por tal meio um sintoma histérico nem penetrado tão profundamente na compreensão da sua causa. O descobrimento desses fatos devia ser de ricas conseqüências, se se confirmasse a esperança de que outros sintomas da doente - e talvez a maioria - se houvessem originado do mesmo modo e do mesmo modo pudessem ser suprimidos. Para verificá-los, Breuer não mediu esforços e pesquisou sistematicamente a patogenia de outros sintomas mais graves. E realmente era assim. Quase todos se haviam formado desse modo, como resíduos - como `precipitados', se quiserem - de experiências emocionais que, por essa razão, foram denominadas posteriormente `traumas psíquicos'; e o caráter particular a cada um desses sintomas se explicava pela relação com a cena traumática que o causara. Eram, segundo a expressão técnica, determinados pelas cenas cujas lembranças representavam resíduos, não havendo já necessidade de considerá-los como produtos arbitrários ou enigmáticos da neurose. Registremos apenas uma complicação que não fora prevista: nem sempre era um único acontecimento que deixava atrás de si os sintomas; para produzir tal efeito uniam-se na maioria dos casos numerosos traumas, às vezes análogos e repetidos. Toda essa cadeia de recordações patogênicas tinha então de ser reproduzida em ordem cronológica e precisamente inversa - as últimas em primeiro lugar e as primeiras por último - sendo completamente impossível chegar ao primeiro trauma, muitas vezes o mais ativo, saltando-se sobre os que ocorreram posteriormente.

Os senhores desejam, por certo, que lhes apresente outros exemplos de produção de sintomas histéricos, além do da hidrofobia originada pela repugnância diante do cão que bebia no copo. Para manter-me, porém, no meu programa, devo limitar-me a poucas ilustrações. Assim, relata Breuer que as perturbações visuais da doente remontavam a situações como aquelas em que `estando a paciente com os olhos marejados de lágrimas, junto ao leito do enfermo, perguntou-lhe este, de repente, que horas eram, e, não podendo ela ver distintamente, forçou a vista, aproximando dos olhos o relógio, cujo mostrador lhe pareceu então muito grande - devido à macropsia e ao estrabismo convergente. Ou se esforçou em reprimir as lágrimas para que o enfermo não as visse.' Todas as impressões patogênicas provinham, aliás, do tempo em que ela se dedicava ao pai doente. `Uma noite velava muito angustiada junto ao doente febricitante e estava em grande ansiedade porque se esperava de Viena um cirurgião para operá-lo. Sua mãe ausentara-se por algum tempo e Anna, sentada à cabeceira do doente, pôs o braço direito sobre o espaldar da cadeira. Caiu em estado de semi-sonho e

viu, como se viesse da parede, uma cobra negra que se aproximava do enfermo para mordê-lo. (É muito provável que no campo situado atrás da casa algumas cobras tivessem de fato aparecido, assustando anteriormente a moça e fornecendo agora o material de alucinação.) Ela quis afastar o ofídio, mas estava como que paralisada; o braço direito, que pendia no espaldar, achava-se "adormecido", insensível e parético, e, quando ela o contemplou, transformaram-se os dedos em cobrinhas cujas cabeças eram caveiras (as unhas). Provavelmente procurou afugentar a cobra com a mão direita paralisada e por isso a anestesia e a paralisia da mesma se associaram com a alucinação da serpente. Quando esta desapareceu, aterrorizada, quis rezar, mas não achou palavras em idioma algum, até que, lembrando-se duma poesia infantil em inglês, pode pensar e rezar nessa língua. Com a reconstituição dessa cena durante a hipnose foi removida a paralisia espástica do braço direito, que existia desde o começo da moléstia, e teve fim o tratamento.

Quando, alguns anos mais tarde, comecei a empregar nos meus próprios doentes o método semiótico e terapêutico de Breuer, fiz experiências que concordam com as dele. Numa senhora de cerca de quarenta anos existia um tic (tique) sob a forma de um especial estalar da língua, que se produzia quando a paciente se achava excitada e mesmo sem causa perceptível. Originara-se esse tique em duas ocasiões nas quais, sendo desígnio dela não fazer nenhum rumor, o silêncio foi rompido contra sua vontade justamente por esse estalido. Uma vez, foi quando com grande trabalho conseguira finalmente fazer adormecer seu filhinho doente, e desejava, no íntimo, ficar quieta para o não despertar; outra vez, quando numa viagem de carro com os dois filhos, por ocasião de uma tempestade, assustaram-se os cavalos e ela cuidadosamente quisera evitar qualquer ruído para que os animais não se espantassem ainda mais. Dou esse esse exemplo dentre muitos outros que se acham consignados nos Studies on Hysteria (Estudos Sobre a Histeria).

Senhoras e Senhores. Se me permitem uma generalização - inevitável numa exposição tão breve - podemos sintetizar os conhecimentos até agora adquiridos na seguinte fórmula: os histéricos sofrem de reminiscências. Seus sintomas são resíduos e símbolos mnêmicos de experiências especiais (traumáticas). Uma comparação com outros símbolos mnêmicos de gênero diferente talvez nos permita compreender melhor esse simbolismo. Os monumentos com que ornamos nossas cidades são também símbolos dessa ordem. Passeando em Londres, verão, diante de uma das maiores estações da cidade, uma coluna gótica ricamente ornamentada - a Charing Cross. No século XIII, um dos velhos reis plantagenetas, que fez transportar para Westminster os restos mortais de sua querida esposa e rainha Eleanor, erigiu cruzes góticas nos pontos em que havia pousado o esquife. Charing Cross é o último desses monumentos destinados a perpetuar a memória do cortejo fúnebre. Em outro ponto da cidade, não muito distante da London Bridge, verão uma coluna moderna e muito alta,

chamada simplesmente `The Monument', cujo fim é lembrar o grande incêndio que em 1666 irrompeu ali perto e destruiu boa parte da cidade. Tanto quanto se justifique a comparação, esses monumentos são também símbolos mnêmicos como os sintomas histéricos. Mas que diriam do londrino que ainda hoje se detivesse compungido ante o monumento erigido em memória do enterro da rainha Eleanor, em vez de tratar de seus negócios com a pressa exigida pelas modernas condições de trabalho, ou de pensar satisfeito na jovem rainha de seu coração? Ou de outro que, em face do `Monument' chorasse a incineração da cidade querida, reconstruída depois com tanto brilho? Como esses londrinos pouco práticos, procedem, entretanto, os histéricos e neuróticos: não só recordam acontecimentos dolorosos que se deram há muito tempo, como ainda se prendem a eles emocionalmente; não se desembaraçam do passado e alheiam-se por isso da realidade e do presente. Essa fixação da vida psíquica aos traumas patogênicos é um dos caracteres mais importantes da neurose e dos que têm maior significação prática.

Desde já aceito a objeção que provavelmente os senhores formularam refletindo sobre a história da paciente de Breuer. Todos os traumas que influíram na moça datavam do tempo em que ela cuidava do pai doente, e os sintomas que apresentava podem ser considerados como simples sinais mnêmicos da doença e da morte dele. Correspondem, portanto, a uma manifestação de luto, e a fixação à memória do finado, tão pouco tempo depois do traspasse, nada representa de patológico; corresponde antes a um processo emocional normal. Reconheço que na paciente de Breuer a fixação aos traumas nada tem de extraordinário. Mas em outros casos - como no tique por mim tratado, cujos fatores datavam mais de quinze e dez anos -, é muito nítido o caráter da fixação anormal ao passado. A doente de Breuer nos haveria de oferecer oportunidade de apreciar a mesma fixação anormal, se não tivesse sido tratada pelo método catártico tão pouco tempo depois do traumatismo e da eclosão dos sintomas.

Até aqui apenas discorremos sobre as relações entre os sintomas histéricos e os fatos da vida da doente, mas dois outros elementos da observação de Breuer podem também indicar-nos como conceber tanto o mecanismo da moléstia como o do restabelecimento.

Quanto ao primeiro, é preciso salientar que a doente de Breuer em quase todas as situações teve de subjugar uma poderosa emoção, em vez de permitir sua descarga por sinais apropriados de emoção, palavras ou ações. No trivialíssimo incidente relativo ao cãozinho de sua dama de companhia, por consideração a esta ela não deixou sequer transparecer a sua profunda aversão; velando à cabeceira do pai, estava sempre atenta para que o doente não lhe percebesse a ansiedade e a penosa depressão. Ao reproduzir posteriormente estas mesmas cenas diante do médico, a energia

afetiva então inibida manifestava-se intensamente, como se estivera até então represada. Além disso, o sintoma - resíduo desta cena - atingia a máxima intensidade quando durante o tratamento ia-se chegando à sua causa, para desaparecer completamente quando esta se aclarava inteiramente. Por outro lado, pode-se verificar que era inútil recordar a cena diante do médico se, por qualquer razão, isto se dava sem exteriorização afetiva. Era pois a sorte dessas emoções, que podemos imaginar como grandezas variáveis o que regulava tanto a doença como a cura. Tinha-se de admitir que a doença se instalava porque a emoção desenvolvida nas situações patogênicas não podia ter exteriorização normal; e que a essência da moléstia consistia na atual utilização anormal das emoções `enlatadas'. Em parte ficavam estas como carga contínua da vida psíquica e fonte permanente de excitação para a mesma; em parte se desviavam para insólitas inervações e inibições somáticas, que se apresentavam como os sintomas físicos do caso. Para este último mecanismo propusemos o nome de `conversão histérica'. Demais, uma certa parte de nossas excitações psíquicas é conduzida normalmente para a inervação somática, constituindo aquilo que conhecemos por `expressão das emoções'. A conversão histérica exagera então essa parte da descarga de um processo mental catexizado emocionalmente; ela representa uma expressão mais intensa das emoções, conduzida por nova via. Quando uma corrente de água se escoa por dois canais, num deles o líquido se elevará, logo que no outro se interponha um obstáculo. Como vêem, estamos quase chegando a uma teoria puramente psicológica da histeria, onde assinalamos o primeiro lugar para os processos afetivos.

Uma segunda observação de Breuer obriga-nos agora a atribuir grande significação aos estados de consciência para a característica dos fatos mórbidos. A doente de Breuer exibia, ao lado de seu estado normal, vários outros de `absence', confusão e alterações do caráter. Em estado normal ela ignorava totalmente as cenas patogênicas ou pelo menos havia rompido a conexão patogênica. Sob hipnose era possível, depois de considerável esforço, trazer tais cenas à memória, e por este trabalho de evocação os sintomas eram removidos. Ficaríamos em grande perplexidade para interpretar esse fato se a experiência do hipnotismo já não nos tivesse indicado o caminho. Pelo estudo dos fenômenos hipnóticos tornou-se habitual a concepção, a princípio estranhável, de que num mesmo indivíduo são possíveis vários agrupamentos mentais que podem ficar mais ou menos independentes entre si, sem que um `nada saiba' do outro, e que podem se alternar entre si em sua emersão à consciência. Casos destes, também ocasionalmente, aparecem de forma espontânea, sendo então descritos como exemplos de `double consciente'. Quando nessa divisão da personalidade a consciência fica constantemente ligada a um desses dois estados, chama-se esse o estado mental `conscience'e o que dela permanece separado o `inconsciente'. Nos conhecidos fenômenos da chamada `sugestão pós-hipnótica', em que uma ordem dada durante a hipnose é depois, no estado

normal, imperiosamente cumprida, tem-se um esplêndido modelo das influências que o estado inconsciente pode exercer no consciente, modelo esse que permite sem dúvida compreender o que ocorre na manifestação da histeria. Breuer resolveu admitir que os sintomas histéricos apareciam em estados mentais particulares que chamava `hipnóides'. As excitações durante esses estados hipnóides tornam-se facilmente patogênicas porque não encontram neles as condições para a descarga normal do processo de excitação. Origina-se então, do processo de excitação, um produto anormal - o sintoma - que, como corpo estranho, se insinua no estado normal, escapando a este, por isso, o conhecimento da situação patogênica hipnóide. Onde existe um sintoma, existe também uma amnésia, uma lacuna da memória, cujo preenchimento suprime as condições que conduzem à produção do sintoma.

Receio que esta parte de minha exposição não lhes pareça muito clara. Os presentes devem, contudo, ser indulgentes; trata-se de concepções novas e difíceis que talvez não possam fazer-se muito mais claras, prova de que nossos conhecimentos ainda não progrediram muito. A teoria de Breuer, dos estados hipnóides, tornou-se aliás embaraçante e supérflua, e foi abandonada pela psicanálise moderna. Mais tarde me ouvirão falar, nem que seja sucintamente, das influências e processos que era mister descobrir atrás das fronteiras dos estados hipnóides, por Breuer fixadas. Hão de ter tido também a impressão, sem dúvida justa, de que a pesquisa de Breuer só lhes pode dar uma teoria muito incompleta e uma explicação insuficiente dos fenômenos observados; porém as teorias completas não caem do céu e com toda a razão desconfiarão se alguém lhes apresentar, logo no início de suas observações, uma teoria sem falhas, otimamente rematada. Tal teoria certamente só poderá ser filha de sua especulação e nunca o fruto da pesquisa imparcial e desprevenida da realidade.

SEGUNDA LIÇÃO

SENHORAS E SENHORES, - Quase ao mesmo tempo em que Breuer praticava a talking cure (cura de conversação) com sua paciente, começava o grande Charcot, em Paris, com as doentes histéricas da Salpêtrière, as investigações de onde havia de surgir nova concepção da enfermidade. Estes resultados não podiam, naquela ocasião, ser conhecidos em Viena. Quando, porém, cerca de dez anos mais tarde, Breuer e eu publicávamos nossa `Preliminary Communication' (Comunicação Preliminar) sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos, relacionada com o tratamento catártico da primeira doente de Breuer [1893a], já nos achávamos de todo sob a influência das pesquisas de Charcot. A nosso ver, os acontecimentos patogênicos de nossos doentes, isto é, os

traumas psíquicos, eram equivalentes dos traumas físicos cuja influência nas paralisias histéricas fora precisada por Charcot; e a hipótese dos estados hipnóides de Breuer nada mais é que o reflexo da reprodução artificial daquelas paralisias traumáticas, que Charcot obtivera durante a hipnose.

O grande observador francês, de quem fui discípulo em 1885 e 1886, não era propenso às concepções psicológicas. Foi seu discípulo Pierre Janet que tentou penetrar mais intimamente os processos psíquicos particulares da histeria, e nós seguimos-lhes o exemplo, tomando a divisão da mente e a dissociação da personalidade como ponto central de nossa teoria. Segundo a de Janet, que leva em grande conta as idéias dominantes na França sobre o papel da hereditariedade e da degeneração, a histeria é uma forma de alteração degenarativa do sistema nervoso, que se manifesta pela fraqueza congênita do poder de síntese psíquica. Os pacientes histéricos seriam, desde o princípio, incapazes de manter como um todo a multiplicidade dos processos mentais, e daí a dissociação psíquica. Se me for permitida uma comparação trivial mais precisa, direi que o paciente histérico de Janet lembra uma pobre mulher que saiu a fazer compras e volta carregada de pacotes. Não podendo só com dois braços e dez dedos conter toda a pilha, cai-lhe primeiro um embrulho; ao inclinar-se para levantá-lo, cai-lhe outro, e assim sucessivamente. Contrariando, porém, esta suposta fraqueza mental dos pacientes histéricos, podem observar-se neles, além dos fenômenos de capacidade diminuída, outros, por assim dizer compensadores, de exaltação parcial da eficiência. Durante o tempo em que a doente de Breuer esquecera a língua materna e outros idiomas exceto o inglês, era tal a facilidade com que falava este último, que chegava a ponto de ser capaz, diante de um livro alemão, de traduzi-lo à primeira vista, perfeita e corretamente.

Quando eu, mais tarde, prosseguia sozinho as pesquisas iniciadas por Breuer, fui levado a outro ponto de vista a respeito da dissociação histérica (a divisão da consciência). Era fatal essa divergência, aliás decisiva para o resultado futuro, visto que eu não partia, como Janet, de experiências de laboratório e sim do trabalho terapêutico.

O que sobretudo me impelia era a necessidade prática. O procedimento catártico, como Breuer o praticava, exigia previamente a hipnose profunda do doente, pois só no estado hipnótico é que tinha este o conhecimento das ligações patogênicas que em condições normais lhe escapavam. Tornou-se-me logo enfadonho o hipnotismo, como recurso incerto e algo místico; e quando verifiquei que apesar de todos os esforços não conseguia hipnotizar senão parte de meus doentes, decidi abandoná-lo, tornando o procedimento catártico independente dele. Como não podia modificar à vontade o estado psíquico dos doentes, procurei agir mantendo-os em estado normal. Parecia isto a princípio empresa insensata e sem probabilidade de êxito. Tratava-se de fazer o doente contar aquilo

que ninguém, nem ele mesmo, sabia. Como esperar consegui-lo? O auxílio me veio da recordação de uma experiência de Bernheim, singularíssima e instrutiva, a que eu assistira em Nancy [em 1889]. Bernheim nos havia então mostrado que as pessoas por ele submetidas ao sonambulismo hipnótico e que nesse estado tinham executado atos diversos, só aparentemente perdiam a lembrança dos fatos ocorridos, sendo possível despertar nelas tal lembrança, mesmo no estado normal. Quando interrogadas a propósito do que havia acontecido durante o sonambulismo, afirmavam de começo nada saber; mas se ele não cedia, insistindo com elas e assegurando-lhes que era possível lembrar, a recordação vinha sempre de novo à consciência.

Procedi do mesmo modo com os meus doentes. Quando chegávamos a um ponto em que nos afirmavam nada mais saber, assegurava-lhes que sabiam, que só precisavam dizer, e ia mesmo até afirmar que a recordação exata seria a que lhes apontasse no momento em que lhes pusesse a mão sobre a fronte. Dessa maneira pude, prescindindo do hipnotismo, conseguir que os doentes revelassem tudo quanto fosse preciso para estabelecer os liames existentes entre as cenas patogênicas olvidadas e os seus resíduos - os sintomas. Esse processo era, porém, ao cabo de algum tempo, extenuante, inadequado para uma técnica definitiva.

Não o abandonei, contudo, sem tirar, das observações feitas, conclusões decisivas. Vi confirmado, assim, que as recordações esquecidas não se haviam perdido. Jaziam em poder do doente e prontas a ressurgir em associação com os fatos ainda sabidos, mas alguma força as detinha, obrigando-as a permanecer inconscientes. A existência desta força pode ser seguramente admitida, pois sentia-se-lhe a potência quando, em oposição a ela, se intentava trazer à consciência do doente as lembranças inconscientes. A força que mantinha o estado mórbido fazia-se sentir como resistência do enfermo.

Nesta idéia de resistência alicercei então minha concepção acerca dos processos psíquicos na histeria. Para o restabelecimento do doente mostrou-se indispensável suprimir estas resistências. Partindo do mecanismo da cura, podia-se formar idéia muito precisa da gênese da doença. As mesmas forças que hoje, como resistência, se opõem a que o esquecido volte à consciência deveriam ser as que antes tinham agido, expulsando da consciência os acidentes patogênicos correspondentes. A esse processo, por mim formulado, dei o nome de `repressão‘ e julguei-o demonstrado pela presença inegável da resistência.

Podia-se ainda perguntar, sem dúvida, que força era essa e quais as condições da repressão, em que reconhecemos agora o mecanismo patogênico da histeria. Um exame comparativo das situações patogênicas, conhecidas graças ao tratamento catártico, permitia dar a conveniente resposta. Tratava-se em todos os casos do aparecimento de um desejo violento mas em contraste

com os demais desejos do indivíduo e incompatível com as aspirações morais e estéticas da própria personalidade. Produzia-se um rápido conflito e o desfecho desta luta interna era sucumbir à repressão a idéia que aparecia na consciência trazendo em si o desejo inconciliável, sendo a mesma expulsa da consciência e esquecida, juntamente com as respectivas lembranças. Era, portanto, a incompatibilidade entre a idéia e o ego do doente, o motivo da repressão; as aspirações individuais, éticas e outras, eram as forças repressivas. A aceitação do impulso desejoso incompatível ou o prolongamento do conflito teriam despertado intenso desprazer; a repressão evitava o desprazer, revelando-se desse modo um meio de proteção da personalidade psíquica.

Dos muitos casos por mim observados quero relatar-lhes um apenas, no qual são patentes os aspectos determinantes e a vantagem da repressão. Para não me afastar do meu propósito, sou forçado a resumir esta história clínica, deixando de lado importantes hipóteses. A paciente era uma jovem que perdera recentemente o pai, depois de tomar parte, carinhosamente, nos cuidados ao enfermo - situação análoga à da doente de Breuer. Nascera, quando a irmã mais velha se casou, uma simpatia particular para o novo cunhado, que se mascarava por disfarce de ternura familiar. Esta irmã adoeceu logo depois e veio a falecer durante a ausência da minha doente e de sua mãe. Estas foram chamadas urgentemente, sem notícia completa do doloroso acontecimento. Quando a moça chegou ao leito da morta, correu-lhe na mente, por um rápido instante, uma idéia mais ou menos assim: `ele agora está livre, pode desposar-me.' É-nos lícito admitir como certo que esta idéia, denunciando-lhe à consciência o intenso amor que sem o saber tinha ao cunhado, foi logo entregue à repressão pelos próprios sentimentos revoltados. A jovem adoeceu com graves sintomas histéricos e quando comecei a tratá-la tinha esquecido não só aquela cena junto ao leito da irmã, como também o concomitante sofrimento indigno e egoísta. Mas recordou-se de tudo durante o tratamento, reproduziu o incidente patogênico com sinais de intensa emoção, e curou-se.

Talvez possa ilustrar o processo de repressão e a necessária relação deste com a resistência, mediante uma comparação grosseira, tirada de nossa própria situação neste recinto. Imaginem que nesta sala e neste auditório, cujo silêncio e cuja atenção eu não saberia louvar suficientemente, se acha no entanto um indivíduo comportando-se de modo inconveniente, perturbando-nos com risotas, conversas e batidas de pé, desviando-me a atenção de minha incumbência. Declaro não poder continuar assim a exposição; diante disso alguns homens vigorosos dentre os presentes se levantam, e após ligeira luta põem o indivíduo fora da porta. Ele está agora `reprimido' e posso continuar minha exposição. Para que, porém, se não repita o incômodo se o elemento perturbador tentar penetrar novamente na sala, os cavalheiros que me satisfizeram a vontade levam as respectivas cadeiras para perto da porta e, consumada a repressão, se postam como `resistências'. Se traduzirmos agora os dois

lugares, sala e vestíbulo, para a psique, como `consciente' e `inconsciente', os senhores terão uma imagem mais ou menos perfeita do processo de repressão.

Os senhores podem ver desde logo onde está a diferença entre nossa concepção e a de Janet. Não atribuímos a divisão psíquica à incapacidade inata para a síntese da parte do aparelho psíquico, mas explicamo-lo dinamicamente pelo conflito de forças mentais contrárias, reconhecendo nele o resultado de uma luta ativa da parte dos dois agrupamentos psíquicos entre si. De nossa concepção surgem novos problemas, em grande número. Os conflitos psíquicos são excessivamente freqüentes; observa-se com muita regularidade o esforço do eu para se defender de recordações penosas, sem que isso produza a divisão psíquica. É forçoso, portanto, admitir que outras condições são também necessárias para que do conflito resulte a dissociação. Concordo de boa-vontade que com a hipótese da repressão, estamos não no remate, mas antes no limiar de uma teoria psicológica; só passo a passo podemos avançar, esperando que um trabalho posterior mais aprofundado aperfeiçoe os conhecimentos.

Os presentes devem abster-se de examinar o caso da doente de Breuer sob o ponto de vista da repressão: essa história clínica não se presta para isso porque foi obtida sob o influxo do hipnotismo. Só prescindido deste último poderão perceber a resistência e a repressão, e formar idéia exata do processo patogênico real. A hipnose encobre a resistência, deixando livre e acessível um determinado setor psíquico, em cujas fronteiras, porém, acumula as resistências, criando para o resto uma barreira intransponível.

O que de mais importante nos proporcionou a observação de Breuer foi esclarecer as relações dos sintomas com as experiências patogênicas ou traumas psíquicos, resultado que não devemos deixar de focalizar agora sob o ponto de vista da teoria da repressão. À primeira vista, com efeito, não se percebe como, partindo da repressão, se pode chegar à formação dos sintomas. Em lugar de trazer uma complicada dedução teórica, prefiro retornar à comparação que há pouco nos serviu. Suponhamos que com a expulsão do perturbador e com a guarda à porta não terminou o incidente. Pode muito bem ser que o sujeito, irritado e sem nenhuma consideração, continue a nos dar que fazer. Ele já não está aqui conosco; ficamos livres de sua presença, dos motejos, dos apartes, mas a expulsão foi por assim dizer inútil, pois lá de fora ele dá um espetáculo insuportável, e com berros e murros na porta nos perturba a conferência mais do que antes. Em tais conjunturas poderíamos felicitar-nos se o nosso honrado presidente, Dr. Stanley Hall, quisesse assumir o papel de medianeiro e pacificador. Iria parlamentar com o nosso intratável companheiro e voltaria pedindo-nos que o recebêssemos de novo, garantindo-nos um comportamento conveniente daqui por diante. Graças à autoridade do Dr. Hall, condescendemos em desfazer a repressão, voltando a paz e o sossego. Eis uma

representação muito apropriada da missão que cabe ao médico na terapêutica psicanalítica das neuroses.

Agora, para dizê-lo sem rebuços: chegamos à convicção, pelo exame dos doentes histéricos e outros neuróticos, de que a repressão das idéias, a que o desejo insuportável está apenso, malogrou. Expeliram-nas da consciência e da lembrança; com isso os pacientes se livraram aparentemente de grande soma de dissabores. Mas o impulso desejoso continua a existir no inconsciente à espreita de oportunidade para se revelar, concebe a formação de um substituto do reprimido, disfarçado e irreconhecível, para lançar à consciência, substituto ao qual logo se liga a mesma sensação de desprazer que se julgava evitada pela repressão. Esta substituição da idéia reprimida - o sintoma - é protegida contra as forças defensivas do ego e em lugar do breve conflito, começa então um sofrimento interminável. No sintoma, a par dos sinais do disfarce, podem reconhecer-se traços de semelhança com a idéia primitivamente reprimida. Pelo tratamento psicanalítico desvenda-se o trajeto ao longo do qual se realizou a substituição, e para a recuperação é necessário que o sintoma seja reconduzido pelo mesmo caminho até a idéia reprimida.

Uma vez restituído à atividade mental consciente aquilo que fora reprimido - e isso pressupõe que consideráveis resistências tenham sido desfeitas - o conflito psíquico que desse modo se originara e que o doente quis evitar, alcança, orientado pelo médico, uma solução mais feliz do que a oferecida pela repressão. Há várias dessas soluções para rematar satisfatoriamente conflito e neurose, as quais, em determinados casos, podem combinar-se entre si. Ou a personalidade do doente se convence de que repelira sem razão o desejo e consente em aceitá-lo total ou parcialmente, ou este mesmo desejo é dirigido para um alvo irrepreensível e mais elevado (o que se chama `sublimação' do desejo), ou, finalmente, reconhece como justa a repulsa. Nesta última hipótese o mecanismo da repressão, automático por isso mesmo insuficiente, é substituído por um julgamento de condenação com a ajuda das mais altas funções mentais do homem - o controle consciente do desejo é atingido.

Desculpem-me se porventura não logrei apresentar-lhes mais compreensivelmente estes pontos de vista capitais do método terapêutico hoje denominado `psicanálise'. A dificuldade não está só na novidade do assunto. A natureza dos desejos incompatíveis que, não obstante a repressão, continuam a dar sinal de si no inconsciente, e os elementos determinantes subjetivos e constitucionais que devem estar presentes em qualquer pessoa antes do malogro da repressão podem ocorrer e um substituto ou sintoma ser formado - sobre tudo isto procurarei esclarecer em algumas observações posteriores.

TERCEIRA LIÇÃO

SENHORAS E SENHORES, - Nem sempre é fácil dizer a verdade, mormente quando é mister ser conciso, e por isso vejo-me obrigado a corrigir uma inexatidão que cometi na última conferência. Dizia-lhes eu que quando, posto de lado o hipnotismo, eu forçava os doentes a comunicarem o que lhes viesse à mente - pois que saibam, apesar de tudo, aquilo que supunham ter esquecido, e a idéia que lhes brotasse havia de certamente conter em si o que se procurava -, pude, com efeito, verificar que o primeiro pensamento surgido trazia o elemento desejado e se revelava como a continuação inadvertida da lembrança. Isto, porém, nem sempre é certo; foi por amor à concisão que o apresentei com essa singeleza. Na realidade, só nas primeiras vezes aconteceu que pela simples pressão de minha parte exatamente o esquecido que buscávamos se apresentasse. Continuando a empregar o método, vinham pensamentos despropositados, que não poderiam ser o procurado e que os próprios doentes repeliam como inexatos. Já não adiantava insistência e poder-se-ia de novo lamentar o abandono do hipnotismo.

Neste estado de perplexidade vali-me de um pressuposto cuja exatidão científica foi anos depois demonstrada pelo meu amigo C. G. Jung, de Zurique, e seus discípulos. Devo afirmar que às vezes é muito útil ter um pressuposto. Eu tinha em alto conceito o rigor do determinismo dos processos mentais e não podia crer que uma idéia concebida pelo doente com atenção concentrada fosse inteiramente espontânea, sem nenhuma relação com a representação mental esquecida e por nós procurada. Que não fosse idêntica a esta, explicava-se satisfatoriamente pela situação psicológica suposta. Duas forças antagônicas atuavam no doente; de um lado, o esforço refletido para trazer à consciência o que jazia deslembrado no inconsciente; de outro lado a resistência, já nossa conhecida, impedindo a passagem para o consciente do elemento reprimido ou dos derivados deste. Se fosse igual a zero ou insignificante a resistência, o olvidado se tornaria consciente sem deformação. Podemos admitir que seja tanto maior a deformação do elemento procurado quanto mais forte a resistência que o detiver. O pensamento que no doente vinha em lugar do desejado, tinha origem idêntica à de um sintoma; era uma nova substituição artificial e efêmera do reprimido e tanto menos semelhante a ele quanto maior a deformação que tivesse de sofrer sob a influência da resistência. Ele devia mostrar, porém, certa parecença com o procurado, em virtude da sua natureza de sintoma; e desde que a resistência não fosse muito intensa, seria possível, partindo da idéia, lobrigar o oculto que se buscava. O pensamento devia comportar-se em relação ao elemento reprimido com uma alusão, como uma representação do mesmo por meio de palavras indiretas.

Conhecemos, no domínio da vida psíquica normal, exemplos em que situações análogas às

que admitimos produzem resultados semelhantes. É o caso do chiste. O problema da técnica psicanalítica forçou-me a estudar o mecanismo da formação das pilhérias. Quero expor-lhes apenas um desses exemplos, aliás uma anedota da língua inglesa.

Diz a anedota: Por uma série de empresas duvidosas, dois comerciantes tinham conseguido reunir grandes cabedais e esforçavam-se para penetrar na boa sociedade. Entre outros, pareceu-lhes um meio conveniente fazerem-se retratar pelo pintor mais notável e mais careiro da cidade, cujo quadro fosse um acontecimento. Numa grande reunião foram inaugurados os custosíssimos quadros, um ao lado do outro, e os dois proprietários conduziram até a parede o mais influente crítico de arte a fim de obterem o valioso julgamento. O crítico examinou longamente o quadro, sacudiu a cabeça como se achasse falta de alguma coisa e perguntou apenas, indicando o espaço entre os dois quadros: `But where's the Saviour? (`Mas onde está o Redentor?') Vejo que todos se riem da boa pilhéria; penetramos-lhes agora a significação. Os presentes compreendem que o crítico queria dizer: vocês são dois patifes como aqueles que ladearam o Cristo crucificado. Mas não o disse; em lugar disso exprimiu coisa que à primeira vista parece extraordinariamente abstrusa e fora de propósito, mas que logo depois reconhecemos como uma alusão à injúria que lhe estava no íntimo, e que vale perfeitamente como substituto dela. Não podemos esperar que numa anedota sejam encontradas todas as circunstâncias que pressupomos na gênese das idéias associadas dos nossos doentes; queremos todavia realçar a identidade de motivação para a anedota e para a idéia. Por que é que o nosso crítico não lhes falou claramente? Porque nele outras razões contrárias também atuavam ao lado do ímpeto de dizê-lo francamente, face a face. Não deixa de ser perigoso desfeitear pessoas de que somos hóspedes e que dispõem de criadagem numerosa, de pulsos vigorosos. A sorte poderia ser a mesma que na conferência anterior serviu de exemplo para a repressão. Por tal razão o crítico atirou indiretamente a ofensa que estava ruminando, transfigurando-a numa `alusão com desabafo'. É, a nosso ver, devido à mesma constelação que o paciente produz uma idéia de substituição, mais ou menos distorcida, em lugar do elemento esquecido que procuramos.

Senhoras e Senhores. Aceitando a proposta da Escola de Zurique (Bleuler, Jung e outros), convém dar o nome de `complexo' a um grupo de elementos ideacionais interdependentes, catexizados de energia afetiva. Vemos assim que partindo da última recordação que o doente ainda possui, em busca de um complexo reprimido, temos toda a probabilidade de desvendá-lo, desde que o doente nos proporcione um número suficiente de associações livres

. Mandamos o doente dizer o que quiser, cônscios de que nada lhe ocorrerá à mente senão aquilo que indiretamente dependa do complexo procurado. Talvez lhes pareça muito fastidioso este processo de descobrir os elementos reprimidos, mas, asseguro-lhes, é o único praticável.

No emprego desta técnica o que ainda nos perturba é que com freqüência o doente se detém, afirmando não saber dizer mais nada, que nada mais lhe vem à idéia. Se assim fosse, se o doente tivesse razão, o método ter-se-ia revelado impraticável. Uma observação atenta mostra, contudo, que as idéias livres nunca deixam de aparecer. É que o doente, influenciado pela resistência disfarçada em juízos críticos sobre o valor da idéia, retém-na ou de novo a afasta. Para evitá-la põe-se previamente o doente a par do que pode ocorrer, pedindo-lhe renuncie a qualquer crítica; sem nenhuma seleção deverá expor tudo que lhe vier ao pensamento, mesmo que lhe pareça errôneo, despropositado ou absurdo e, especialmente, se lhe for desagradável a vinda dessas idéias à mente. Pela observância dessa regra garantimo-nos o material que nos conduz ao roteiro do complexo reprimido.

Esse material associativo que o doente rejeita como insignificante, quando em vez de estar sob a influência do médico está sob a da resistência, representa para o psicanalista o minério de onde com simples artifício de interpretação há de extrair o metal precioso. Se diante de um doente quiserem os presentes ter um conhecimento rápido e provisório dos complexos reprimidos, sem lhes penetrar na ordem e nas relações, podem dispor da `experiência da associação', cuja técnica foi aperfeiçoada por Jung (1906) e seus discípulos. Para o psicanalista este método é tão precioso quanto para o químico a análise qualitativa; prescindível na terapêutica dos neuróticos, é indispensável para a demonstração objetiva dos complexos e para o estudo das psicoses, com tanto êxito empreendido pela Escola de Zurique.

Não é o estudo das divagações, quando o doente se sujeita à regras psicanalíticas, o único recurso técnico para sondagem do inconsciente. Ao mesmo escopo servem dois outros processos: a interpretação de sonhos e o estudo dos lapsos e atos casuais.

Confesso-lhes, prezados ouvintes, que estive longo tempo indeciso sobre se, em lugar desta rápida vista geral sobre todo o domínio da psicanálise, não seria preferível expor-lhes minuciosamente a interpretação de sonhos. Motivo puramente subjetivo e aparentemente secundário me deteve. Pareceu-me quase escandaloso apresentar-me neste país de orientação prática, como `onirócrita', antes de mostrar-lhes qual a importância a que pode aspirar esta velha e ridicularizada arte. A interpretação de sonhos é na realidade a estrada real para o conhecimento do inconsciente, a base mais segura da psicanálise. É campo onde cada trabalhador pode por si mesmo chegar a adquirir convicção própria, como atingir maiores aperfeiçoamentos. Quando me perguntam como pode uma pessoa fazer-se psicanalista, respondo que é pelo estudo dos próprios sonhos. Os adversários da psicanálise, com muita habilidade, têm até agora evitado estudar de perto A

Interpretação de Sonhos, ou têm oposto ao de longe objeções superficialíssimas. Se não repugna aos presentes, ao contrário, aceitar as soluções dos problemas da vida onírica, já não apresentam aos ouvintes dificuldade alguma as novidades trazidas pela psicanálise.

Não se esqueçam de que se nossas elaborações oníricas noturnas mostram de um lado a maior semelhança externa e o mais íntimo parentesco com as criações da alienação mental, são, de outro lado, compatíveis com a mais perfeita saúde na vida desperta. Não é nenhum paradoxo afirmar que quem fica admirado ante essas alucinações, delírios ou mudanças de caráter que podemos chamar `normais', sem procurar explicá-los, não tem a menor probabilidade de compreender, senão como qualquer leigo, as formações anormais dos estados psíquicos patológicos. E entre esses leigos os ouvintes podem contar atualmente, sem receio, quase todos os psiquiatras.

Acompanhem-me agora numa rápida excursão pelo campo dos problemas do sonho. Quando acordados, costumamos tratar os sonhos com o mesmo desdém com que os doentes rejeitam as idéias soltas despertadas pelo psicanalista. Desprezamo-los, olvidando-os em geral rápida e completamente. O nosso descaso funda-se no caráter exótico apresentado mesmo pelos sonhos que possuem clareza e nexo, e sobre a evidente absurdez e insensatez dos demais; nossa repulsa explica-se pelas tendências imorais e menos pudicas que se patenteiam em muitos deles. É de todos sabido que a antigüidade não compartilhou tal desapreço para com os sonhos. As camadas baixas do nosso povo, mesmo hoje, não estão totalmente desnorteadas na apreciação do valor dos sonhos, dos quais esperam, como os antigos, a revelação do futuro. Confesso-lhes que não tenho necessidade de nenhuma hipótese mística para preencher as falhas de nossos conhecimentos atuais e por isso nunca pude descobrir nada que confirmasse a natureza profética dos sonhos. Coisa muito diferente disso, embora assaz maravilhosa, se pode dizer a respeito deles.

Em primeiro lugar, nem todos os sonhos são estranhos, incompreensíveis e confusos para a pessoa que sonhou. Examinando os sonhos de criancinhas, desde um ano e meio de idade, verificarão que eles são extremamente simples e de fácil explicação. A criancinha sonha sempre com a realização de desejos que o dia anterior lhe trouxe e que ela não satisfez. Não há necessidade de arte divinatória para encontrar solução tão simples; basta saber o que se passou com a criança na véspera (`dia do sonho'). Estaria certamente resolvido, e de modo satisfatório, o enigma do sonho, se o do adulto não fosse nada mais que o da criancinha: realização de desejos trazidos pelo dia do sonho. E o é de fato. As dificuldades que esta solução apresenta removem-se uma a uma, mediante a análise minuciosa dos sonhos.

A primeira objeção e a mais importante é a de que os sonhos dos adultos via de regra têm um

conteúdo ininteligível, sem nenhuma semelhança com a satisfação de desejos. Resposta: estes sonhos estão distorcidos, o processo psíquico correspondente teria originariamente uma expressão verbal muito diversa. O conteúdo manifesto do sonho, recordado vagamente de manhã e que, não obstante a espontaneidade aparente, se exprime em palavras com esforço, deve ser diferenciado dos pensamentos latentes do sonho que se têm de admitir como existentes no inconsciente. Esta deformação possui mecanismo idêntico ao que já conhecemos desde quando examinamos a gênese dos sintomas histéricos; e é uma prova da participação da mesma interação de forças mentais tanto na formação dos sonhos como na dos sintomas. O conteúdo manifesto do sonho é o substituto deformado para os pensamentos inconscientes do sonho. Esta deformação é obra das forças defensivas do ego, isto é, das resistências que na vigília impedem, de modo geral, a passagem para a consciência, dos desejos reprimidos do inconsciente; enfraquecidas durante o sono, estas resistências ainda são suficientemente fortes para só os tolerar disfarçados. Quem sonha, portanto, reconhece tão mal o sentido de seus sonhos, como o histérico as correlações e a significação de seus sintomas.

De que há pensamentos latentes do sonho e que entre eles e o conteúdo manifesto existe de fato o nexo aludido, os presentes se convencerão pela análise de sonhos, cuja técnica se confunde com a da psicanálise. Pondo de lado a aparente conexão dos elementos do sonho manifesto, procurarão os senhores evocar idéias por livre associação, partindo de cada um desses elementos e observando as regras da prática psicanalítica. De posse deste material chegarão aos pensamentos latentes do sonho com a mesma perfeição com que conseguiram surpreender no doente o complexo oculto, por meio das idéias sugeridas pelas associações livres a partir dos sintomas e lembranças. Pelos pensamentos latentes do sonho, descobertos desse modo, pode-se ver sem mais nada como é justo equiparar o sonho dos adultos ao das crianças. O que agora, como verdadeiro sentido do sonho, substitui o seu conteúdo manifesto - e isto é sempre claramente compreensível - liga-se às impressões da véspera e se patenteia como a realização de um desejo não-satisfeito. O sonho manifesto que conhecem no adulto graças à recordação pode então ser descrito como uma realização velada de desejos reprimidos.

Podem agora os ouvintes, por uma espécie de trabalho sintético, examinar o processo mediante o qual os pensamentos inconscientes do sonho se disfarçam no conteúdo manifesto. Esse processo, que denominamos `elaboração onírica', é digno de nosso maior interesse teórico, porque em nenhuma outra circunstância poderíamos estudar melhor do que nele os processos psíquicos, não-suspeitados, que se passam no inconsciente, ou, mais exatamente, entre dois sistemas psíquicos distintos, como consciente e inconsciente. Entre tais processos psíquicos recentemente descobertos

ressaltam notavelmente o da condensação e o do deslocamento. A elaboração onírica é um caso especial da influência recíproca de agrupamentos mentais diversos, isto é, o resultado da divisão psíquica, e parece essencialmente idêntico ao trabalho de deformação que transforma em sintomas os complexos cuja repressão fracassou.

Pela análise dos sonhos descobrirão os senhores ainda mais, com surpresa, porém do modo mais convincente possível, o papel importantíssimo e nunca imaginado que os fatos e impressões da tenra infância exercem no desenvolvimento do homem. Na vida onírica a criança prolonga, por assim dizer, sua existência no homem, conservando todas as peculiaridades e aspirações, mesmo as que se tornam mais tarde inúteis. Com força irresistível apresentar-se-lhes-ão os processos de desenvolvimento, repressões, sublimações e formações reativas, de onde saiu, da criança com tão diferentes disposições, o chamado homem normal - esteio e em parte vítima da civilização tão penosamente alcançada.

Quero ainda fazer notar que pela análise de sonhos também pudemos descobrir que o inconsciente se serve, especialmente para a representação de complexos sexuais, de certo simbolismo, em parte variável individualmente e em parte tipicamente fixo, que parece coincidir com o que conjecturamos por detrás dos nossos mitos e lendas. Não seria impossível que essas últimas criações populares recebessem, portanto, do sonho, a sua explicação.

Impende-nos adverti-los finalmente de que não se deixem desorientar pela objeção de que aparecimento de pesadelos contradiz o nosso modo de entender o sonho como satisfação de desejos. Além de que é necessário interpretar os pesadelos antes de sobre eles poder firmar qualquer juízo, pode dizer-se de modo geral que a ansiedade que os acompanha não depende assim tão simplesmente do conteúdo oniríco, como muitos imaginam por ignorar as condições da ansiedade neurótica. A ansiedade é uma das reações do ego contra desejos reprimidos violentos, e daí perfeitamente explicável a presença dela no sonho, quando a elaboração deste se pôs excessivamente a serviço da satisfação daqueles desejos reprimidos.

Como vêem, o estudo dos sonhos já estaria em si justificado, pelo fato de que proporciona conclusões sobre coisas de que por outros meios dificilmente chegaríamos a ter noção. Foi todavia no decorrer do tratamento psicanalítico dos neuróticos que chegamos até ele. Pelo que até agora dissemos podem compreender facilmente que a interpretação de sonhos, quando não a estorvam em excesso as resistências do doente, leva ao conhecimento dos desejos ocultos e reprimidos, bem como dos exemplos entretidos por este. Posso agora tratar do terceiro grupo de fenômenos psíquicos cujo estudo se tornou recurso técnico da psicanálise.

Os fenômenos em questão são as pequenas falhas comuns aos indivíduos normais e aos

neuróticos, fatos aos quais não costumamos ligar importância - o esquecimento de coisas que deviam saber e que às vezes sabem realmente (por exemplo a fuga temporária dos nomes próprios), os lapsos de linguagem, tão freqüentes até mesmo conosco, na escrita ou na leitura em voz alta; atrapalhações no executar qualquer coisa, perda ou quebra de objetos etc., bagatelas de cujo determinismo psicológico de ordinário não se cuida, que passam sem reparo como casualidades, como resultado de distrações, desatenções e outras condições semelhantes. Juntam-se ainda os atos e gestos que as pessoas executam sem perceber e, sobretudo, sem lhes atribuir importância mental, como sejam trautear melodias, brincar com objetos, com partes da roupa ou do próprio corpo etc. Essas coisinhas, os atos falhos, como os sintomáticos e fortuitos, não são assim tão destituídas de valor como por uma espécie de acordo tácito e hábito admitir. São extraordinariamente significativas e quase sempre de interpretação fácil e segura, tendo-se em vista a situação em que ocorrem; verifica-se que mais uma vez exprimem impulsos e intenções que devem ficar ocultos à própria consciência, ou emanam justamente dos desejos reprimidos e dos complexos que, como já sabemos, são criadores dos sintomas e formadores dos sonhos. Fazem jus à mesma consideração que os sintomas, e o seu exame, tanto quanto o dos sonhos, pode levar ao descobrimento da parte oculta da mente. Por elas o homem trai, em regra, os mais íntimos segredos. Se se produzem com grande facilidade e freqüência, até em indivíduos normais, cujos desejos inconscientes estão reprimidos de modo eficaz, isso se explica pela futilidade e inverossimilhança das mesmas. São porém do mais alto valor teórico: testemunham a existência da repressão e da substituição mesmo na saúde perfeita.

Notarão desde logo que o psicanalista se distingue pela rigorosa fé no determinismo da vida mental. Para ele não existe nada insignificante, arbitrário ou casual nas manifestações psíquicas. Antevê um motivo suficiente em toda parte onde habitualmente ninguém pensa nisso; está até disposto a aceitar causas múltiplas para o mesmo efeito, enquanto nossa necessidade causal, que supomos inata, se satisfaz plenamente com uma única causa psíquica.

Se os ouvintes reunirem os meios que estão ao nosso alcance para descobrimento do que na vida mental jaz escondido, deslembrado e reprimido - o estudo das idéias livremente associadas pelos pacientes, seus sonhos, falhas e ações sintomáticas; se ainda juntarem a tudo isso o exame de outros fenômenos surgidos no decurso do tratamento psicanalítico e a respeito dos quais farei algumas observações quando tratar da `transferência' - chegarão comigo à conclusão de que a nossa técnica já é suficientemente capaz de realizar aquilo que se propôs: conduzir à consciência o material psíquico patogênico, dando fim desse modo aos padecimentos ocasionados pela produção dos sintomas de substituição. O fato de enriquecermos e aprofundarmos durante o tratamento os nossos

conhecimentos sobre a vida mental, dos sãos e dos doentes, deve ser considerado apenas como estímulo especial a este trabalho e uma de suas vantagens.

Não sei se ficaram com a impressão de que a técnica, através de cujo arsenal os conduzi, apresenta dificuldades especiais. Para mim, ela amolda-se perfeitamente aos seus fins. Mas não é menos certo também que não constitui prenda inata; tem de ser aprendida, como a histológica ou a cirúrgica. Talvez se espantem em saber que na Europa ouvi uma série de juízos relativos à psicanálise expendidos por pessoas jejunas a respeito desta técnica, que elas não exercitam, as quais pessoas ainda por ironia nos exigem lhes demonstremos a exatidão de nossos resultados. No meio de tais opositores encontram-se sem dúvida homens familiarizados com o raciocínio científico em outras matérias, incapazes de contestar, por exemplo, o resultado dum exame microscópico, só porque não o podem confirmar pela inspeção do preparado anatômico com a vista desarmada, e que não emitiriam parecer algum antes de minuciosa observação ao microscópio. Mas no tocante à psicanálise as circunstâncias são realmente desfavoráveis a um imediato assentimento. Quer a psicanálise tornar conscientemente reconhecido aquilo que está reprimido na vida mental, e todo aquele que a julga é homem com as mesmas repressões, mantidas talvez à custa de penosos sacrifícios. Neles devem levantar-se, pois, as mesmas resistências, como nos doentes, e estas se revestem facilmente das roupagens da impugnação intelectual, suscitando argumentos semelhantes aos que desfazemos nos doentes com a regra psicanalítica fundamental. Como nos doentes, podemos reconhecer em nossos adversários notável influxo afetivo na faculdade de julgamento, com prejuízo desta. O orgulho da consciência que chega por exemplo a desprezar os sonhos pertence ao forte aparelhamento disposto em nós de modo geral contra a invasão dos complexos inconscientes. Esta é a razão por que tão dificultoso é como vencer os homens da realidade do inconsciente e dar-lhes a conhecer qualquer novidade em contradição com seu conhecimento consciente.

QUARTA LIÇÃO

SENHORAS E SENHORES, - Desejam os ouvintes saber agora o que, com auxílio dos meios técnicos descritos, logramos averiguar a respeito dos complexos patogênicos e dos desejos reprimidos dos neuróticos.

Mas, antes de tudo, uma coisa: o exame psicanalítico relaciona com uma regularidade verdadeiramente surpreendente os sintomas mórbidos a impressões da vida erótica do doente; mostra-nos que os desejos patogênicos são da natureza dos componentes instintivos eróticos: e obriga-nos a admitir que as perturbações do erotismo têm a maior importância entre as influências

que levam à moléstia, tanto num como noutro sexo.

Bem sei que não se acredita de boa mente nesta minha afirmação. Mesmo os investigadores que me seguem solícitos os trabalhos psicológicos são inclinados a julgar que eu exagero a participação etiológica do fator sexual, e vêm a mim perguntando por que outras excitações mentais não hão de dar também motivo aos fenômenos da repressão e formação de substitutivos. Por ora só lhes posso responder: não sei. Mas a experiência mostra que elas não têm a mesma importância. Quando muito, reforçam a ação do elemento sexual, mas nunca podem substituí-lo. Esta ordem de coisas não a determinei mais ou menos teoricamente. Quando, em 1895, publiquei com o Dr. J. Breuer os Estudos sobre a Histeria, ainda não tinha esta opinião; vi-me forçado a adotá-la quando as minhas experiências se tornaram mais numerosas e penetraram mais intimamente o problema. Senhores! Acham-se entre os presentes alguns de meus adeptos e amigos mais chegados, que viajaram comigo até Worcester. Se os interrogarem, ouvirão que todos eles a princípio recebiam com a maior descrença a afirmação da importância decisiva da etiologia sexual, até que pelo exercício analítico pessoal foram obrigados a aceitar como sua própria aquela afirmação.

O modo de proceder dos doentes em nada facilita o reconhecimento da justeza da tese a que estamos aludindo. Em vez de nos fornecerem prontamente informações sobre a sua vida sexual, procuram por todos os meios ocultá-la. Em matéria sexual os homens são em geral insinceros. Não expõem a sua sexualidade francamente; saem recobertos de espesso manto, tecido de mentiras, para se resguardarem, como se reinasse um temporal terrível no mundo da sexualidade. E não deixam de ter razão; o sol e o ar em nosso mundo civilizado não são realmente favoráveis à atividade sexual. Com efeito, nenhum de nós pode manifestar o seu erotismo francamente à turba. Quando porém seus pacientes tiverem percebido que durante o tratamento devem estar à vontade, se despojarão daquele manto de mentira, e só então estarão os presentes em condições de formar juízo a respeito deste problema. Infelizmente, os médicos não desfrutam nenhum privilégio especial sobre os demais homens no tocante ao comportamento na esfera da vida sexual, e muitos deles estão dominados por aquela mescla de lubricidade e afetado recato, que é o que governa a maioria dos `povos civilizados' nas coisas da sexualidade.

Deixem-me prosseguir no relato das nossas contestações. Em outra série de casos o exame psicanalítico vem sem dúvida ligar os sintomas não a fatos sexuais senão a acontecimentos traumáticos comuns. Mas, por outra circunstância, esta diferenciação perde todo valor. O trabalho de análise necessário para o esclarecimento completo e cura definitiva de um caso mórbido não se detém nos episódios contemporâneos da doença; retrocede sempre, em qualquer hipótese, até a puberdade e a mais remota infância do doente, para só aí topar as impressões e acontecimentos

determinantes da doença ulterior. Só os fatos da infância explicam a sensibilidade aos traumatismos futuros e só com o descobrimento desses restos de lembranças, quase regularmente olvidados, e com a volta deles à consciência, é que adquirimos o poder de afastar os sintomas. Chegamos aqui à mesma conclusão do exame de sonhos, isto é, que foram os desejos duradouros e reprimidos da infância que emprestaram à formação dos sintomas a força sem a qual teria decorrido normalmente a reação contra traumatismos posteriores. Estes potentes desejos da infância hão de ser reconhecidos, porém, em sua absoluta generalidade, como sexuais.

Mas, agora sim, estou realmente certo do espanto dos ouvintes. `Existe então - perguntarão - uma sexualidade infantil?' `A infância não é, ao contrário, o período da vida marcado pela ausência do instinto sexual?' Não, meus senhores. Não é verdade certamente que o instinto sexual, na puberdade, entre o indivíduo como, segundo o Evangelho, os demônios nos porcos. A criança possui, desde o princípio, o instinto e as atividades sexuais. Ela os traz consigo para o mundo, e deles provêm, através de uma evolução rica de etapas, a chamada sexualidade normal do adulto. Não são difíceis de observar as manifestações da atividade sexual infantil; ao contrário, para deixá-las passar desapercebidas ou incompreendidas é que é preciso certa arte.

Por um feliz acaso acho-me em condições de chamar dentre os presentes uma testemunha em favor de minhas afirmações. Eis aqui o trabalho do Dr. Sanford Bell, impresso em 1902, em The American Journal of Psychology. O autor é um "Fellow" da Clark University, o mesmo instituto em cujo seio nos achamos no atual instante. Nesse trabalho, intitulado `A Preliminary Study of the Emotion of Love Between the Sexes', publicado três anos antes dos meus Three Essays on the Theory of Sexuality [1905d], (Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade), escreve o autor, tal qual há pouco lhes dizia: `A emoção do amor sexual... não aparece pela primeira vez no período da adolescência, como se tem pensado.' Procedendo `à americana', como diríamos na Europa, reuniu durante 15 anos nada menos de 2.500 observações positivas, das quais 800 são próprias. Dos sinais por que se revelam esses temperamentos namoradiços, diz ele: `O espírito mais desprevenido, observando estas manifestações em centenas de casais de crianças, não poderá deixar de atribuir-lhes uma origem sexual. O mais rigoroso espírito satisfaz-se quando a estas observações se juntam as confissões dos que em criança sentiram a emoção intensamente e cujas recordações daquela época são relativamente nítidas.' Aqueles dentre os ouvintes que não queriam acreditar na sexualidade infantil terão o maior assombro ouvindo que entre estas crianças, tão cedo enamoradas, não poucas se encontram na tenra idade de três, quatro ou cinco anos.

Não me admiraria se estas observações de seu compatriota lhes merecessem mais crédito que as minhas. A mim mesmo foi-me dado obter recentemente um quadro mais ou menos completo

das manifestações instintivas somáticas e das produções mentais num período precoce da vida amorosa infantil, graças à análise empreendida, com todas as regras, pelo próprio pai de um menino de cinco anos atacado de ansiedade. Devo lembrar-lhes que meu amigo Dr. C. G. Jung há poucas horas, nesta mesma sala, lhes expôs a observação de uma menina ainda mais nova, que pelo mesmo motivo do meu paciente (nascimento de um irmãozinho) evidenciava quase os mesmos impulsos sensuais e idêntica formação de desejos e complexos. [Cf. Jung, 1910.] Não duvido, pois, de que os presentes se acabarão familiarizando com a idéia, de início tão exótica, da sexualidade infantil; memore-se o exemplo notável do psiquiatra E. Bleuler, de Zurique, que há poucos anos dizia publicamente `que não compreendia minha teoria sexual' mas que de então para cá, pôde, mediante observações próprias, confirmar a sexualidade infantil em toda a extensão. (Cf. Bleuler, 1908.)

É facílima de explicar a razão por que a maioria dos homens, observadores médicos e outros, nada querem saber da vida sexual da criança. Sob o peso da educação e da civilização, esqueceram a atividade sexual infantil e não desejam agora relembrar aquilo que já estava reprimido. Se quisessem iniciar o exame pela auto-análise, com uma revisão e interpretação das próprias recordações infantis, haviam de chegar a convicção muito diferente.

Deixem que se dissipem as dúvidas e examinemos juntos a sexualidade infantil, desde os primeiros anos. O instinto sexual se nos apresenta muito complexo, podendo ser desmembrado em vários componentes de origem diversa. Antes de tudo, é independente da função procriadora a cujo serviço mais tarde se há de pôr. Serve para dar ensejo a diversas espécies de sensações agradáveis que nós, pelas suas analogias e conexões, englobamos como prazer sexual. A principal fonte de prazer sexual infantil é a excitação apropriada de determinadas partes do corpo particularmente excitáveis, além dos órgãos genitais, como sejam os orifícios da boca, ânus e uretra e também a pele e outras superfícies sensoriais. Como nesta primeira fase da vida sexual infantil a satisfação é alcançada no próprio corpo, excluído qualquer objeto estranho, dá-se-lhe o nome, segundo o termo introduzido por Havelock Ellis, de auto-erotismo. Zonas erógenas denominam-se os lugares do corpo que proporcionam o prazer sexual. O prazer de chupar o dedo, o gozo da sucção, é um bom exemplo de tal satisfação auto-erótica partida de uma zona erógena. Quem primeiro observou cientificamente esse fenômeno, o pediatra Lindner (1879), de Budapeste, já o tinha interpretado como satisfação dessa natureza e descrito exaustivamente a transição para outras formas mais elevadas de atividade sexual. Outra satisfação da mesma ordem, nessa idade, é a excitação masturbatória dos órgãos genitais, fenômeno que tão grande importância conserva para o resto da vida e que muitos indivíduos não conseguem suplantar jamais. Ao lado dessas e outras atividades auto-eróticas revelam-se, muito cedo, na criança, aqueles componentes instintivos do gozo sexual ou, como preferimos dizer, da

libido, que pressupõem como objeto uma pessoa estranha. Estes instintos aparecem em grupos de dois, um oposto ao outro, ativo e passivo: cito-lhes como mais notáveis representantes deste grupo o prazer de causar sofrimento (sadismo) com o seu reverso passivo (masoquismo) e o prazer visual, ativo ou passivo. Do gozo visual ativo desenvolve-se mais tarde a sede de saber, como do passivo o pendor para as representações artísticas e teatrais. Outras atividades sexuais infantis já incidem na `escolha do objeto', onde o principal elemento é uma pessoa estranha, a qual deve primordialmente sua importância a considerações relativas ao instinto de conservação. Mas a diferença de sexo ainda não tem neste período infantil papel decisivo; pode-se, pois, atribuir a toda criança, sem injustiça, uma parcial disposição homossexual. Esta vida sexual infantil desordenada, rica mas dissociada, em que cada impulso isolado se entrega à conquista do gozo independentemente dos demais, experimenta uma condensação e organização em duas principais direções, de tal modo que ao fim da puberdade o caráter sexual definitivo está completamente formado. De um lado subordinam-se todos os impulsos ao domínio da zona genital, por meio da qual a vida sexual se coloca em toda a plenitude ao serviço da propagação da espécie, passando a satisfação daqueles impulsos a só ter importância como preparo e estímulo do verdadeiro ato sexual. De outro lado a escolha de objeto repele o auto-erotismo, de maneira que na vida erótica os componentes do instinto sexual só querem satisfazer-se na pessoa amada. Mas nem todos os componentes instintivos originários são admitidos a tomar parte nesta fixação definitiva da vida sexual. Já antes da puberdade, sob o influxo de educação, certos impulsos são submetidos a repressões extremamente enérgicas, ao mesmo passo que surgem forças mentais - o pejo, a repugnância, a moral - que como sentinelas mantêm as aludidas repressões. Chegando na puberdade a maré das necessidades sexuais, encontra nas mencionadas reações psíquicas diques de resistência que lhe conduzem a corrente pelos caminhos chamados normais e lhe impedem reviver os impulsos reprimidos. Os mais profundamente atingidos pela repressão são primeiramente, e sobretudo, os prazeres infantis coprófilos, isto é, os que se relacionam com os excrementos, e, em segundo lugar, os da fixação às pessoas da primitiva escolha de objeto.

Senhores. Um princípio de patologia geral afirma que todo processo evolutivo traz em si os germes de uma disposição patológica e pode ser inibido ou retardado ou desenvolver-se incompletamente. Isto vale para o tão complicado desenvolvimento da função sexual que nem em todos os indivíduos se desenrola sem incidentes que deixem após si ou anormalidade ou disposições a doenças futuras por meio de uma regressão. Pode suceder que nem todos os impulsos parciais se sujeitem à soberania da zona genital; o que ficou independente estabelece o que chamamos perversão e pode substituir a finalidade sexual normal pela sua própria. Segundo já foi dito, acontece freqüentemente que o auto-erotismo não seja completamente superado, como testemunham as

multiformes perturbações aparecidas depois. A equivalência primitiva dos sexos como objeto sexual pode conservar-se, e disso se originará no adulto uma tendência homossexual, capaz de chegar em certas circunstâncias até a da homossexualidade exclusiva. Esta série de distúrbios corresponde a entraves diretos no desenvolvimento da função sexual: abrange as perversões e o nada raro infantilismo geral da vida sexual.

A propensão à neurose deve provir por outra maneira de uma perturbação do desenvolvimento sexual. As neuroses são para as perversões o que o negativo é para o positivo. Como nas perversões, evidenciam-se nelas os mesmos componentes instintivos que mantêm os complexos e são os formadores de sintomas; mas aqui eles agem do inconsciente, onde puderam firmar-se apesar da repressão sofrida. A psicanálise nos mostra que a manifestação excessivamente intensa e prematura desses impulsos conduz a uma espécie de fixação parcial - ponto fraco na estrutura da função sexual. Se o exercício da capacidade genética normal encontra no adulto um obstáculo, rompe-se a repressão da fase do desenvolvimento justamente naquele ponto em que se deu a fixação infantil.

É muito possível que me contestem dizendo que nada disto é sexualidade e que emprego a palavra num sentido mais extenso do que estão habituados a entender. Concordo. Mas pode-se perguntar se não têm antes utilizado os presentes o vocábulo em sentido nímio restrito, quando o limitam ao terreno da procriação. Sacrificam assim a compreensão das perversões, do enlaçamento que existe entre estas, a neurose e a vida sexual normal, e os senhores se colocam em situação de não reconhecer, em seu verdadeiro significado, os primórdios, facilmente observáveis, da vida erótica somática e psíquica das crianças. Qualquer que seja a opinião dos presentes sobre o emprego do termo, devem ter sempre em conta que o psicanalista considera a sexualidade naquele sentido amplo a que o conduziu a apreciação da sexualidade infantil.

Volvamos ainda uma vez à evolução sexual da criança. Temos aqui ainda muito que rever, porque nossa atenção foi dirigida mais para as manifestações somáticas da vida sexual do que às psíquicas. A primitiva escolha de objeto feita pela criança e dependente de sua necessidade de amparo exige-nos ainda toda a atenção. Essa escolha dirige-se primeiro a todas as pessoas que lidam com a criança e logo depois especialmente aos genitores. A relação entre criança e pais não é, como a observação direta do menino e posteriormente o exame psicanalítico do adulto concordemente demonstram, absolutamente livre de elementos de excitação sexual. A criança toma ambos os genitores, e particularmente um deles, como objeto de seus desejos eróticos. Em geral o incitamento vem dos próprios pais, cuja ternura possui o mais nítido caráter de atividade sexual, embora inibido em suas finalidades. O pai em regra tem preferência pela filha, a mãe pelo filho: a criança reage

desejando o lugar do pai se é menino, o da mãe se se trata da filha. Os sentimentos nascidos destas relações entre pais e filhos e entre um irmão e outros, não são somente de natureza positiva, de ternura, mas também negativos, de hostilidade. O complexo assim formado é destinado a pronta repressão, porém continua a agir do inconsciente com intensidade e persistência. Devemos declarar que suspeitamos represente ele, com seus derivados, o complexo nuclear de cada neurose, e nos predispusemos a encontrá-lo não menos ativo em outros campos da vida mental. O mito do rei Édipo que, tendo matado o pai, tomou a mãe por mulher, é uma manifestação pouco modificada do desejo infantil, contra o qual se levantam mais tarde, como repulsa, as barreiras do incesto. O Hamlet de Shakespeare assenta sobre a mesma base, embora mais velada, do complexo do incesto.

No tempo em que é dominada pelo complexo central ainda não reprimido, a criança dedica aos interesses sexuais notável parte da atividade intelectual. Começa a indagar de onde vêm as criancinhas, e com os dados a seu alcance adivinha das circunstâncias reais mais do que os adultos podem suspeitar. Comumente o que lhe desperta a curiosidade é a ameaça material do aparecimento de um novo irmãozinho, no qual a princípio só vê um competidor. Sob a influência dos impulsos parciais que nela agem, forma até numerosas `teorias sexuais infantis'. Chega a pensar que ambos os sexos possuem órgãos genitais masculinos; que comendo é que se geram crianças; que estas vêm ao mundo pela extremidade dos intestinos; que a cópula é um ato de hostilidade, uma espécie de subjugação. Mas justamente a falta de acabamento de sua constituição sexual e a deficiência de conhecimentos, especialmente no que se refere ao tubo genital feminino, forçam o pequeno investigador a suspender o improfícuo trabalho. O próprio fato dessa investigação e as conseqüentes teorias sexuais infantis são de importância determinante para a formação do caráter da criança e do conteúdo da neurose futura.

É absolutamente normal e inevitável que a criança faça dos pais o objeto da primeira escolha amorosa. Porém a libido não permanece fixa neste primeiro objeto: posteriormente o tomará apenas como modelo, passando dele para pessoas estranhas, na ocasião da escolha definitiva. Desprender dos pais a criança torna-se portanto uma obrigação inelutável, sob pena de graves ameaças para a função social do jovem. Durante o tempo em que a repressão promove a seleção entre os impulsos parciais de ordem sexual, e, mais tarde, quando a influência dos pais, principal fator da repressão, deve abrandar, cabem no trabalho educativo importantes deveres que atualmente, por certo, nem sempre são preenchidos de modo inteligente e livre de críticas.

Senhoras e senhores. Não julguem que com esta dissertação acerca da vida sexual infantil e do desenvolvimento psicossexual da criança nos tenhamos afastado da psicanálise e da terapêutica das perturbações nervosas. Se quiserem, podem definir o tratamento psicanalítico como simples

aperfeiçoamento educativo destinado a vencer os resíduos infantis.

QUINTA LIÇÃO

SENHORAS E SENHORES, - Com o descobrimento da sexualidade infantil e atribuindo aos componentes eróticos instintivos os sintomas das neuroses, chegamos a algumas fórmulas inesperadas sobre a natureza e tendência destas últimas. Vemos que os indivíduos adoecem quando, por obstáculos exteriores ou ausência de adaptação interna lhes falta na realidade a satisfação das necessidades sexuais. Observamos que então se refugiam na moléstia, para com o auxílio dela encontrar uma satisfação substitutiva. Reconhecemos que os sintomas mórbidos contêm certa parcela da atividade sexual do indivíduo ou sua vida sexual inteira. No distanciar da realidade reconhecemos também a tendência principal e ao mesmo tempo o dano capital do estado patológico. Conjecturamos que a resistência oposta pelos doentes à cura não seja simples, mas composta de vários elementos. Não somente o ego do doente se recusa a desfazer a repressão por meio da qual se esquivou de suas disposições originárias, como também pode o instinto sexual não renunciar à satisfação vicariante enquanto houver dúvida de que a realidade lhe ofereça algo melhor.

A fuga, da realidade insatisfatória para aquilo que pelos danos biológicos que produz chamamos doença, não deixa jamais de proporcionar ao doente um prazer imediato; ela se dá pelo caminho da regressão às primeiras fases da vida sexual a que na época própria não faltou satisfação. Esta regressão mostra-se sob dois aspectos: temporal, porque a libido, na necessidade erótica, volta a fixar-se aos mais remotos estados evolutivos - e formal, porque emprega os meios psíquicos originários e primitivos para manifestação da mesma necessidade. Sob ambos os aspectos a regressão orienta-se para a infância, restabelecendo um estado infantil da vida sexual.

Quanto mais profundamente penetrar-lhes a patogênese das afecções nervosas, mais claramente verão os liames entre as neuroses e outras produções da vida mental do homem, ainda as mais altamente apreciadas. Hão de notar que nós, os homens, com as elevadas aspirações de nossa cultura e sob a pressão das íntimas repressões, achamos a realidade de todo insatisfatória e por isso mantemos uma vida de fantasia onde nos comprazemos em compensar as deficiências da realidade, engendrando realizações de desejos. Nestas fantasias há muito da própria natureza constitucional da personalidade e muito dos sentimentos reprimidos. O homem enérgico e vencedor é aquele que pelo próprio esforço consegue transformar em realidade seus castelos no ar. Quando esse resultado não é atingido, seja por oposição do mundo exterior, seja por fraqueza do indivíduo, este se desprende da realidade, recolhendo-se aonde pode gozar, isto é, ao seu mundo de fantasia, cujo conteúdo, no caso

de moléstia, se transforma em sintoma. Em certas condições favoráveis, ainda lhe é possível encontrar outro caminho dessas fantasias para a realidade, em vez de se alhear dela definitivamente pela regressão ao período infantil. Quando a pessoa inimizada com a realidade possui dotes artísticos (psicologicamente ainda enigmáticos) podem suas fantasias transmudar-se não em sintomas senão em criações artísticas; subtrai-se desse modo à neurose e reata as ligações com a realidade. (Cf. Rank, 1907). Quando com a revolta perpétua contra o mundo real faltam ou são insuficientes esses preciosos dons, é absolutamente inevitável que a libido, seguindo a origem da fantasia, chegue ao reavivamento dos desejos infantis, e com isso à neurose, representante, em nossos dias, do claustro aonde costumavam recolher-se todas as pessoas desiludidas da vida ou que se sentiam fracas demais para viver.

Seja-me lícito referir neste ponto o que de mais importante pudemos conseguir pelo estudo psicanalítico dos nervosos, e vem a ser que as neuroses não têm um conteúdo psíquico que, como privilégio deles, não se possa encontrar nos sãos; segundo expressou C. G. Jung, aqueles adoecem pelos mesmos complexos com que lutamos nós, os que temos saúde perfeita. Conforme as circunstâncias de quantidade e da proporção entre as forças em choque, será o resultado da luta a saúde, a neurose ou a sublimação compensadora.

Senhoras e senhores. Não lhes falei até agora sobre a experiência mais importante, que vem confirmar nossa suposição acerca das forças instintivas sexuais da neurose. Todas as vezes que tratamos psicanaliticamente um paciente neurótico, surge nele o estranho fenômeno chamado `transferência', isto é, o doente consagra ao médico uma série de sentimentos afetuosos, mesclados muitas vezes de hostilidade, não justificados em relações reais e que, pelas suas particularidades, devem provir de antigas fantasias tornadas inconscientes. Aquele trecho da vida sentimental cuja lembrança já não pode evocar, o paciente torna a vivê-lo nas relações com o médico; e só por este ressurgimento na `transferência' é que o doente se convence da existência e do poder desses sentimentos sexuais inconscientes. Os sintomas, para usar uma comparação química, são os precipitados de anteriores eventos amorosos (no mais amplo sentido) que só na elevada temperatura da transferência podem dissolver-se e transformar-se em outros produtos psíquicos. O médico desempenha nesta reação, conforme a excelente expressão de Ferenczi (1909), o papel de fermento catalítico que atrai para si temporariamente a energia afetiva aos poucos libertada durante o processo. O estudo da transferência pode dar-lhes ainda a chave para compreenderem a sugestão hipnótica de que a princípio nos servimos como meio técnico de esquadrinhar o inconsciente dos doentes. Naquela época o hipnotismo revelava-se um meio terapêutico, mas constituía ao mesmo tempo um empecilho ao conhecimento científico da questão, removendo as resistências psíquicas de

um certo território, para amontoá-las como muralha intransponível nos confins do mesmo. Não pensem, além disso, que o fenômeno da transferência, a respeito do qual infelizmente pouco posso dizer aqui, seja produzido pela influência da psicanálise. A transferência surge espontaneamente em todas as relações humanas e de igual modo nas que o doente entretém com o médico; é ela, em geral, o verdadeiro veículo da ação terapêutica, agindo tanto mais fortemente quanto menos se pensa em sua existência. A psicanálise, portanto, não a cria; apenas a desvenda à consciência e dela se apossa a fim de encaminhá-la ao termo desejado. Não posso certamente deixar o assunto da transferência sem frisar que este fenômeno é decisivo não só para o convencimento do doente mas também do médico. Sei que todos os meus adeptos só pela experiência própria sobre a transferência se convenceram da exatidão das minhas afirmações referentes à patogênese das neuroses; posso perfeitamente compreender que ninguém alcance um modo de julgar tão seguro, enquanto não se faça psicanalista e não observe dessa maneira a ação da transferência.

Senhoras e senhores. Do ponto de vista intelectual, devemos levar em conta, julgo eu, que existem especialmente dois obstáculos, dignos de nota, contra a aceitação das idéias psicanalíticas: primeiramente, a falta de hábito de contar com o rigoroso determinismo da vida mental, o qual não conhece exceção, e, em segundo lugar, o desconhecimento das singularidades pelas quais os processos mentais inconscientes se diferenciam dos conscientes que nos são familiares. Uma das formas de oposição mais espalhadas contra o emprego da psicanálise, tanto em doentes como em sãos, se liga ao último desses dois fatores. Teme-se que ela faça mal, tem-se medo de chamar à consciência do doente os impulsos sexuais reprimidos, como se lhe oferecessem então o perigo de aniquilar as mais altas aspirações morais e o privassem das conquistas da civilização. Nota-se que o doente apresenta feridas na vida psíquica, mas receia-se tocar nelas, para não aumentar os sofrimentos. Podemos aceitar esta analogia. Não devemos com efeito tocar em pontos doentes quando estamos certos de que com isso só provocamos dor e nada mais. Todos sabem, porém, que o cirurgião não deixa de examinar, palpando o foco da moléstia, quando tem em vista realizar uma operação que há de proporcionar a cura completa. Ninguém pensa já em incriminá-lo pelos inevitáveis incômodos do exame nem pelos fenômenos pós-operatórios, desde que a operação tenha bom êxito e que, mediante a agravação passageira do mal, o doente alcance a definitiva supressão do estado mórbido. Em relação à psicanálise, as condições são semelhantes; pode ela reivindicar os mesmos direitos que a cirurgia; a exasperação dos incômodos que impõe ao doente durante o tratamento é, uma vez observada a boa técnica, incomparavelmente menor que a infligida pelo cirurgião, e em geral nem deve ser tomada em consideração diante da gravidade da moléstia principal. A destruição do caráter civilizado pelos impulsos instintivos libertados da repressão é um

desfecho temido mas absolutamente impossível. É que este temor não leva em conta o que a nossa experiência nos ensinou com toda segurança: que o poder mental e somático de um desejo, desde que se baldou a respectiva repressão, se manifesta com muito mais força quando inconsciente do que quando consciente; indo para a consciência, só se pode enfraquecer. O desejo inconsciente escapa a qualquer influência, é independente das tendências contrárias, ao passo que o consciente é atalhado por tudo quando, igualmente consciente, se lhe opuser. O tratamento psicanalítico coloca-se assim como o melhor substituto da repressão fracassada, justamente em prol das aspirações mais altas e valiosas da civilização.

Que acontece geralmente com os desejos inconscientes libertados pela psicanálise, e quais os meios por cujo intermédio pretendemos torná-los inofensivos à vida do indivíduo? Desses meios há vários. O resultado mais freqüente é que os mesmos desejos, já durante o tratamento, são anulados pela ação mental, bem conduzida, dos melhores sentimentos contrários. A repressão é substituída pelo julgamento de condenação efetuado com recursos superiores. Isso é possível porque quase sempre temos de remover tão-somente conseqüências de estados evolutivos anteriores do ego. Como o indivíduo na época se achava ainda incompletamente organizado, não pôde senão reprimir o instinto inutilizável; mas na força e madureza de hoje, pode talvez dominar perfeitamente aquilo que lhe é hostil. Outro desfecho do tratamento psicanalítico é que os impulsos inconscientes, ora descobertos, passam a ter a utilização conveniente que deviam ter encontrado antes, se a evolução não tivesse sido perturbada. A extirpação radical dos desejos infantis não é absolutamente o fim ideal. Por causa das repressões, o neurótico perdeu muitas fontes de energia mental que lhe teriam sido de grande valor na formação do caráter e na luta pela vida. Conhecemos uma solução muito mais conveniente, a chamada `sublimação‘, pela qual a energia dos desejos infantis não se anula mas ao contrário permanece utilizável, substituindo-se o alvo de algumas tendências por outro mais elevado, quiçá não mais de ordem sexual. Exatamente os componentes do instinto sexual se caracterizam por essa faculdade de sublimação, de permutar o fim sexual por outro mais distante e de maior valor social. Ao reforço de energia para nossas funções mentais, por essa maneira obtido, devemos provavelmente as maiores conquistas da civilização. A repressão prematura exclui a sublimação do instinto reprimido; desfeito aquele, está novamente livre o caminho para a sublimação.

Não devemos deixar de contemplar também o terceiro dos possíveis desenlaces do tratamento psicanalítico. Certa parte dos desejos libidinais reprimidos faz jus à satisfação direta e deve alcançá-la na vida. As exigências da sociedade tornam o viver dificílimo para a maioria das criaturas humanas, forçando-as com isso a se afastarem da realidade e dando origem às neuroses, sem que o excesso de coerção sexual traga maiores benefícios à coletividade. Não devemos

ensoberbecer-nos tanto, a ponto de perder completamente de vista nossa natureza animal, nem esquecer tampouco que a felicidade individual não deve ser negada pela civilização. A plasticidade dos componentes sexuais, manifesta na capacidade de sublimarem-se, pode ser uma grande tentação a conquistarmos maiores frutos para a sociedade por intermédio da sublimação contínua e cada vez mais intensa. Mas assim como não contamos transformar em trabalho senão parte do calor empregado em nossas máquinas, de igual modo não devemos esforçar-nos em desviar a totalidade da energia do instinto sexual da sua finalidade própria. Nem o conseguiríamos. E se o cerceamento da sexualidade for exagerado, trará consigo todos os danos duma exploração abusiva.

Não sei se da parte dos senhores considerarão como presunção minha a admoestação com que concluo. Atrevo-me apenas a representar indiretamente a convicção que tenho, narrando-lhes uma anedota já antiga, cuja moralidade os senhores mesmo apreciarão. A literatura alemã conhece um vilarejo chamado Schilda, de cujos habitantes se contam todas as espertezas possíveis. Dizem que possuíam eles um cavalo com cuja força e trabalho estavam satisfeitíssimos. Uma só coisa lamentavam: consumia aveia demais e esta era cara. Resolveram tirá-lo pouco a pouco desse mau costume, diminuindo a ração de alguns grãos diarimente, até acostumá-lo à abstinência completa. Durante certo tempo tudo correu magnificamente; o cavalo já estava comendo apenas um grãozinho e no dia seguinte devia finalmente trabalhar sem alimento algum. No outro dia amanheceu morto o pérfido animal; e os cidadãos de Schilda não sabiam explicar por que.

Nós nos inclinaremos a crer que o cavalo morreu de fome e que sem certa ração de aveia não podemos esperar em geral trabalho de animal algum.

Pelo convite e pela atenção com que me honraram, os meus agradecimentos.